

EPITELITIS RETINIANA AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

ACUTE RETINAL PIGMENT EPITHELIITIS: A CASE REPORT

BLANCO-RIVERA C¹, CAMPOS-GARCÍA S¹

RESUMEN

Caso clínico: Se presenta el caso de varón de 45 años que acudió por urgencias con pérdida de visión en ojo izquierdo tras cuadro gripal. No otros datos de interés. La visión del ojo izquierdo fue ligeramente inferior al ojo derecho. La oftalmoscopia mostró pequeñas lesiones anaranjadas en área macular y foveolar. Se realizó una angiografía fluoresceínica cuyos hallazgos fueron compatibles con el diagnóstico de Epitelitis Retiniana Aguda.

Discusión: La epitelitis retiniana aguda es un cuadro clínico que afecta a pacientes jóvenes y suele estar precedido de un proceso vírico. Su resolución es espontánea y precoz.

Palabras clave: Epitelitis retiniana aguda, angiografía fluoresceínica, agudeza visual, epitelio pigmentario, proceso vírico.

ABSTRACT

Clinical case: We report the case of a 45-year-old male who attended our emergency service with loss of vision in his left eye after an attack of influenza. The vision in his left eye was slightly inferior to that in the right eye. Ophthalmoscopy showed small orange lesions in the macular and foveolar area. Fluorescein angiography was carried out producing features like an acute retinal epitheliitis.

Discussion: Acute retinal epitheliitis is a clinical picture seen in younger patients often following a viral illness. Spontaneous resolution usually occurs (*Arch Soc Esp Ophthalmol 2007; 82: 451-454*).

Key words: Acute retinal pigment epitheliitis, fluorescein angiography, visual acuity, epithelial pigment.

INTRODUCCIÓN

La epitelitis retiniana aguda (ERA), también conocida como enfermedad de Krill, es una patología de etiología desconocida, descrita por Krill y Deutman en 1972 (1). Afecta al epitelio pigmentario de la reti-

na foveolar y se presenta preferentemente en adultos jóvenes y sanos (2). Suele resolverse de forma espontánea en pocos meses, afectando de forma similar a varones y a mujeres, pudiendo presentarse de forma tanto unilateral como bilateral (3-5). En determinadas ocasiones se asocia a cuadros virales previos a la

Recibido: 11/9/06. Aceptado: 18/6/07.

Servicio de Oftalmología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI). Pontevedra. España.

¹ Doctor en Medicina.

Comunicación presentada en el LIXXX Congreso de la S.E.O. (Valencia 2003).

Correspondencia:

M.^a Carmen Blanco Rivera

Servicio de Oftalmología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI)

C/. Pizarro, 22

36204 Vigo (Pontevedra)

España

E-mail: mcarmenbr@wanadoo.es

aparición de los primeros síntomas (1). La oftalmoscopia muestra lesiones amarillentas localizadas a nivel del epitelio pigmentario de la retina y que se rodean de un halo despigmentado de 300 a 500 micras de diámetro. Suelen localizarse en polo posterior, a nivel del área foveolar. La angiografía fluoresceínica (AGF) muestra unas lesiones con un centro hipofluorescente rodeado de un halo hiperfluorescente similar a un panel de abejas (1). La resolución del cuadro se produce, generalmente, entre las 6 y 12 semanas, aunque, a veces, pueden producirse recurrencias (1,3). Las pruebas electrofisiológicas suelen revelar un electrooculograma (EOG) alterado en la fase aguda y que se normaliza al producirse la resolución del cuadro clínico (3-5). Normalmente se resuelve de forma espontánea sin tratamiento, pero entre los tratamientos descritos se encuentran los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), aunque su utilidad es todavía desconocida (2).

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un varón de 45 años que acudió por urgencias por disminución de visión en su ojo izquierdo, de aparición brusca. Como antecedente reciente destacaba que el paciente había sufrido un episodio gripal unos días antes. Se realizó una exploración oftalmológica completa que determinó una agudeza visual de unidad en su ojo derecho, siendo los datos de la exploración del mismo compatibles con la normalidad, incluyendo el fondo de ojo (fig. 1). La exploración del ojo izquierdo, sin embargo, mostró una agudeza visual de 0,800 y en el fondo de ojo se observaron unas lesiones en área macular y foveolar central de aspecto anaranjado y redondeadas (fig. 2). Dado el antecedente gripal y el cuadro clínico del paciente, se pautó tratamiento con AINEs (ibuprofeno 600 mg/12 horas) y se solicitaron una AGF y un EOG.

El EOG mostró una ligera alteración en el ojo izquierdo, siendo compatible con la normalidad en el ojo derecho. La AGF en el ojo derecho fue compatible con la normalidad, pero en el ojo izquierdo se observaron unas áreas hiperfluorescentes con un punto hipofluorescente central, sin difusión de contraste en tiempos tardíos (figs. 3a y 3b).

Las pruebas complementarias confirmaron el diagnóstico de sospecha de ERA y dado que la evolución del mismo es a resolverse de forma espontánea, se suspendió el tratamiento con AINEs.



Fig. 1: Retinografía del ojo derecho, compatible con la normalidad.

El paciente evolucionó favorablemente, recuperando la visión de unidad en su ojo izquierdo entre la 3.^a y 4.^a semana del inicio del cuadro clínico.

DISCUSIÓN

La ERA es un trastorno de etiología desconocida y poco frecuente, pero que se asocia normalmente a un proceso vírico, por lo que podría ser una respuesta secundaria subaguda de la retina neurosen-

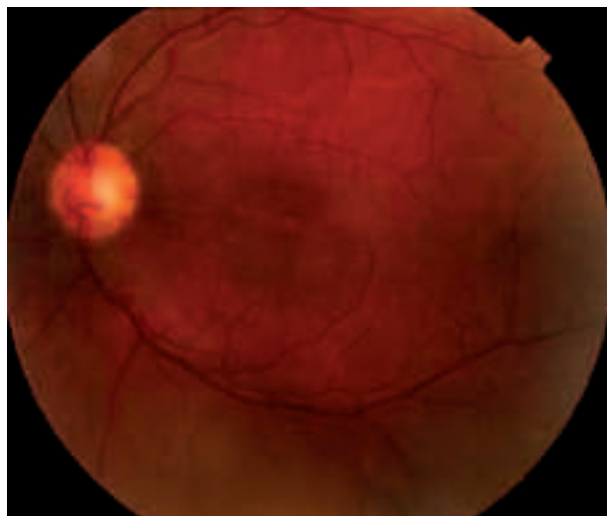


Fig. 2: Retinografía del ojo izquierdo, se aprecian lesiones anaranjadas y redondeadas en área macular.



Fig. 3a y b: AGF del ojo izquierdo, tiempos iniciales y tardíos donde se observan en área macular lesiones hiperfluorescentes con punto central hipofluorescente sin difusión en tiempos tardíos.

sorial a dicho proceso viral (2). Su pronóstico es bueno por lo que no suele indicarse tratamiento (2-5). En nuestro caso, y a la espera de la confirmación

del diagnóstico, pautamos un tratamiento empírico por considerar que no resultaría perjudicial para nuestro paciente y para disminuir la sensación de impotencia que presentaba el paciente. En nuestro paciente el cuadro fue unilateral, siendo los casos de afectación bilateral infrecuentes.

El diagnóstico diferencial es preciso realizarlo sobre todo con la presencia de drusas aisladas en polo posterior; la epiteliopatía placoide multifocal aguda; y con menos posibilidad de confusión con el agujero macular, los microaneurismas de la retinopatía diabética; el fundus flavimaculatus y la corioidopatía punteada interna (4).

Podemos concluir, que aunque poco frecuente, la ERA, quizás no lo sea tanto, pero al presentar un curso clínico benigno y de resolución espontánea en un corto periodo de tiempo, dé lugar a que el oftalmólogo no la diagnostique correctamente.

No está claro el papel desempeñado por los AINEs, ya que a pesar de que se hayan suprimido, la mejoría del cuadro clínico sigue adelante al igual que en otros estudios donde los AINEs se emplearon hasta la resolución de la sintomatología (2). Podrían desempeñar, tal vez, un papel acelerador en la resolución del cuadro ocular, quizás al tratar el proceso etiológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Romero P, Salvat M, Almena M, Martínez I. Epitelitis pigmentaria retiniana aguda. Presentación de tres casos clínicos. *Annals d'Oftalmologia* 2004; 12: 165-168.
2. Padillo Poyato MD, Fernández-Reyes LuisMF, Julve San Martín A, Fernández González MC. Epitelitis retiniana aguda: síntomas poco frecuentes en un caso clínico. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2000; 75: 51-54.
3. Fonollosa A, Segura A. Síndrome de puntos blancos. *Annals d'Oftalmologia* 2004; 12: 276-283.
4. Reim M, Kirchof B, Wolf S. Examen del fondo de ojo. Desde los hallazgos hasta el diagnóstico. Madrid: Médica Panamericana; 2005; 42.
5. Deutman AF, Hoyng CB, van Lith-Verhoeven JC. Macular Dystrophies. In: Ryan SJ. *Retina*. St. Louis: MOSBY; 2006: 1202-1204.